

Prescription & non contre-indication

à la pratique d'une activité physique adaptée (APA)

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... Prénom

Date de naissance :/...../..... Sexe

- Je prescris une activité physique¹ et/ou sportive régulière, adaptée, progressive et sécurisante.
- Je constate l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie

Niveau d'atteinte déterminé : minime modérée sévère

Orientation(s) prioritaire(s) :

Force – Equilibre/Coordination – Assouplissement/Etirement – Endurance

.....
.....
.....

Objectif médical :.....
.....

Précaution (s) et/ou Recommandations (si nécessaire) :.....
.....
.....

Document remis au patient :

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Signature ou cachet professionnel:

Date: / /